



Aplicación Complementaria de Compensación a los Trabajadores
(A Ser Completada Conforme a la Aplicación 130)

Nombre del Asegurado: _____		Página de Internet: _____	
FEIN (Número Federal de Identificación del Empleador): _____			
Nombre del Contacto y Número de Teléfono			
Inspecciones:	_____	()	-
Auditoría de Primas:	_____	()	-
Reclamos:	_____	()	-
Nóminas Previas e Información de Primas			
	<u>Nómina Anual Total</u>		<u>Prima \$</u>
Año Actual:	_____	_____	_____
Año Previo:	_____	_____	_____
Año Previo:	_____	_____	_____
Año Previo:	_____	_____	_____
Año Previo:	_____	_____	_____
Operaciones y Beneficios			
¿Es su cuenta controlada por un agente? Si No			
Por favor suministre una descripción detallada de la operación del negocio:			
Años en el negocio _____ Horas de Operación - _____ a			
# de turnos de trabajo- _____ ¿El aspirante permite que los empleados trabajen más de 3 turnos consecutivos de 12 horas? Si No			
¿Están los trabajadores expuestos a manejar o hacer entregas? Si No		Distancia de operaciones /viajes: <50 millas 50-100 100+	
Si responde "Si", ¿Cuál es la frecuencia?: Diaria Semanal Otra:		¿Hay algún transporte grupal para los empleados? Si No	
¿Se requiere un archivo PUC/DMV? PUC DMV N/A		Si responde "Si", ¿Cómo es suministrado? Auto Camión Van Bus	
¿Son los vehículos propiedad de la compañía? Si No		# de empleados transportados por vehículo	
Si responde "Si", tipo de vehículos:		# de vehículos usados para transporte	
Si responde "Si", ¿Son los vehículos llevados a casa? Si No		Frecuencia: Diaria Semanal Mensual	
# de Vehículos _____ # de conductores			
¿Hay programas de mantenimiento para los vehículos? Si No			
Si responde "Si", ¿Cómo se presta el servicio? Proveedores Externos Mecánicos Internos Otro:			
¿Los empleados usan vehículos personales para negocios de la compañía? Si No		¿Algún empleado trabaja desde la casa? Si No	
¿Se realizan viajes estatales, internacionales o de un día a otro (dentro del estado)? Si No		# de empleados que viven o trabajan fuera del estado:	
Si responde "Si", por favor provea detalles -		_____ Viven _____ Trabajan	
¿Para qué propósito?			
¿Quién viajará?			
¿Dónde?			
Duración			
Frecuencia			
# de empleados: Tiempo completo ____ Medio Tiempo ____ Temporada ____ Voluntarios (Verifique que el número concuerde con el de la aplicación 130)			
# de empleados por cada ubicación: #1 _____ #2 _____ #3 _____ #4 _____ (Si se requiere más espacio, por favor use una página adicional)			
# de W-2's publicados – Último Año _____ Año Previo		¿Cómo se le paga al empleado? Por Hora	
¿Hay trabajadores por día o contratación de empleados temporales? Si No		Al Destajo (Piece rate) Por Comisión Salario Fijo	

Aplicación Complementaria de Compensación a los Trabajadores

(A Ser Completada Conforme a la Aplicación 130)

Si responde "Si", por favor enuncie los detalles en una página adicional.		Otro:	
% de empleados sindicalizados _____ % de no sindicalizados		¿Enfermedad remunerada? Si No	
Promedio del salario actual por hora para empleados de clase gerencial \$ ___/hora		¿Vacaciones remuneradas? Si No	
¿Plan de retiro/pensión? Si No ¿Contribuye el empleador? Si No			
¿Seguro médico grupal? Si No		% de empleados inscritos	
Si responde "Si", nombre el proveedor de salud -		% pagado por el empleador	
¿Usa un proveedor de servicio médico para tratar a empleados lesionados? Si No			
¿Está participando actualmente en una MPN (red de proveedores médicos)? Si No			
Si responde "Si", por favor suministre el nombre de la actual MPN:			
¿Se ofrece entrenamiento en RCP? Si No		¿Hay programas de regreso al trabajo? Si No	
# de empleados certificados		¿Incluyen una continuación salarial? Si No	
¿Ha sido cambiado el propietario de la entidad pertinente dentro de los últimos 5 años? Si No			
Si responde "Si", por favor suministre detalles:			
Prácticas de Contratación – Selección de Empleados – Reclamos			
¿Aplicaciones escritas?	Si No	¿Pruebas previas de detección de drogas?	Si No
¿Confirmación de referencias?	Si No	¿Pruebas de detección de drogas pos-accidentes?	Si No
¿Exámenes médicos pre/pos contratación?	Si No	¿Reportes del Departamento de Vehículos (MVR)?	Si No
¿Exámenes ortopédicos de espalda?	Si No	¿Exámenes de oído?	Si No
¿Descripción formal del trabajo en archivo?	Si No	¿Tiene un reporte formal de accidentes escrito?	Si No
¿Los archivos personales documentan lecciones preexistentes?	Si No	¿Hay procedimientos establecidos para reportar reclamos?	Si No
Periodo promedio de tiempo de reporte de quejas -		¿Hay intercambios de labores?	Si No
¿Se ofrece entrenamiento específico al trabajo?	Si No	Si responde "Si", por favor explique En otra empresa Subsidiaria	
¿Programas orientados al empleado?	Si No	Entre departamentos Otro:	
Si responde "Si", ¿es la orientación solamente verbal? Verbal y documentada?			
Tasa empleado-supervisor - Mejor que 4-1 5-1 6-1 7-1 >7-1			
¿Se usan subcontratistas? Si No Si responde "Si", ¿para qué propósito?			
Si responde "Si", ¿Son obtenidos y mantenidos en archivo los certificados de seguro? Si No			
¿Se usan contratistas independientes? Si No Si responde "Si", ¿para qué propósito?			
Si responde "Si", ¿Cómo se les paga? ¿1099's? ¿Otro? Por favor explique -			
Organización y Programa de Seguridad – Ambiente e Instalaciones de Trabajo			
¿Los propietarios son activos en las operaciones diarias?	Si No	Si responde "Si", ¿están excluidos de la cobertura? Si No	
¿Hay programas activos de prevención de enfermedades y lesiones?	Si No	¿Han sido desarrollados servicios de control de siniestros en el último año? Si No	
¿Hay un programa activo de incentivos de seguridad?	Si No	¿La Cal/OSHA ha visitado o citado a su negocio en el último año? Si No	
Si responde "Si", ¿Abarca a todos los empleados?	Si No	Si responde "Si", por favor explique en una página adicional.	
¿Qué tipo de incentivos?		¿Se conducen reuniones de seguridad? Si No	
		Si responde "Si", ¿Qué tan a menudo? Diarias Semanales Mensuales Trimestrales	
¿Los empleados reciben orientación/entrenamiento de seguridad?	Si No	Otro:	
Si responde "Si", es el entrenamiento - Formal / Documentado Informal			
¿Tiene un director de seguridad o un gerente de riesgos? Si No Nombre y cargo:			
Si responde "Si", ¿es el cargo de tiempo completo o una responsabilidad adicional de otro empleado?			
¿Hay HDSM (Hojas de Datos de Seguridad de Materiales) disponibles para todos los químicos y productos usados? Si No N/A			
¿Hay alguna exposición a la manipulación de materiales? Si No Si responde "Si", por favor explique			
¿Hay alguna exposición a levantar cosas? Si No		¿Se ofrece entrenamiento de montacargas? Si No N/A	
Si responde "Si", <25 libras 25-40 40+		Si responde "Si", ¿certificaciones anuales? Si No	

Aplicación Complementaria de Compensación a los Trabajadores

(A Ser Completada Conforme a la Aplicación 130)

¿Si se levantan cosas de más de 40 libras de forma manual o con asistencia? Por favor explique	
¿Todo la maquinaria/equipo es apropiadamente guardado? Si No N/A	¿Se usa equipo de embalaje? Si No
¿Están escritos y en su lugar los procedimientos de etiquetado y bloqueo? Si No N/A	Condición del equipo Nuevo Bueno Promedio
¿Hay programas respiratorios en el lugar? Si No N/A	¿Todo operador de equipo está entrenado/certificado? Si No N/A
¿Cuál es la altura máxima a la que trabajará?	¿Se ofrece equipo de protección personal? Si No N/A
¿Qué usa? Escaleras Andamios Montacargas de tijera N/A	Si responde "Si", ¿Es estricta su utilización? Si No
Si se usa andamiaje ¿el asegurado lo construye por su cuenta? Si No	¿Qué tipo de PPE?
¿La construcción/establecimiento es - Propio - Arrendado?	# de años en el lugar actual
¿Condiciones del establecimiento? Excelentes Muy buenas Promedio	Años de ocupada la construcción ____ año(s)